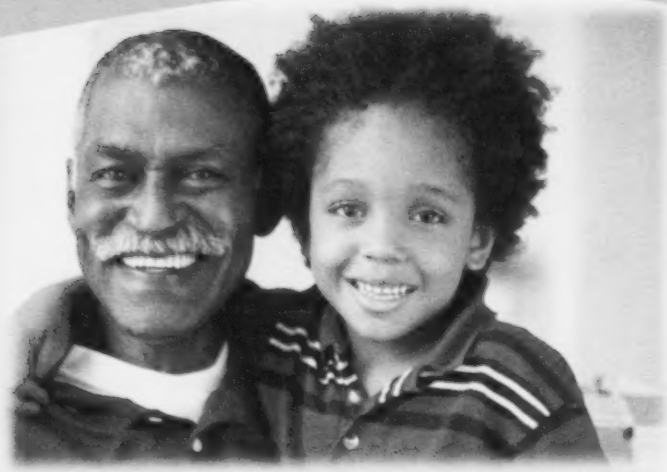
ISSN: 1911-2947

RLISS du Sud-Est

Rapport annuel 2010-2011

Réseaux local d'intégration des services de santé du Sud-Est



Ontario
Local Health Integration Network

Conseil d'administration

Georgina Thompson (Présidente)
Nommée le 9 juin 2008
Fin du mandat: 8 juin 2011

Jyoti Kotecha
Nommée le 24 mars 2010
Fin du mandat: 24 février 2013

John Ferguson
Nommée le 19 juin 2008
Fin du mandat: 19 juin 2011

Andreas von Cramon
Nommée le 28 avril 2010
Fin du mandat: 28 avril 2013

Leslie Benecki
Nommée le 8 octobre 2008
Fin du mandat: 7 octobre 2011

Arthur Ronald
Nommée le 10 août 2010
Fin du mandat: 10 juillet 2013

Wynn Turner
Nommée le 1 novembre 2009
Fin du mandat: 31 octobre 2012

Ian Fraser
Nommée le 15 septembre 2010
Fin du mandat: 14 septembre 2013

Marg Werkhoven
Nommée le 17 juin 2007
Fin du mandat: 17 juin 2010

Thomas Rankin
Nommée le 17 juin 2007
Fin du mandat: 16 juin 2010

John Groves
Nommée le 8 avril 2009
Fin du mandat: 7 avril 2010

Haute direction

Paul Huras
Chef de la direction

Sherry Kennedy
Directrice générale des opérations

Réseaux local d'intégration des services de santé du Sud-Est
71, rue Adam, Belleville, ON • K8N 5K3 613 967-0196 • 866 831-LHIN (5446) • 613 967-1341 *Télécopieur*
www.SouthEastLHIN.on.ca • SouthEast@LHINS.on.ca

Renseignements : Michael Alexander x 2229
Michael.Alexander@LHINS.on.ca

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario (2010)
ISSN: 1911-2947

Table des matières

Message de la president du conseil d'administration et du chef de la direction 4

Vue d'emsemble: Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est 5
Gestion responsable due système de santé 6
Principaux projets de responsabilisation 9

Rapport sur le PISS2 11

Mise en place d'un système de soins primaires 12
Développement d'une culture de soins axés sur le patient 12
Hausse de la capacité dans les services en santé mentale et toxicomanie 14
Gestion régionalisée des programmes 15

Mobilisation communautaire 16

Amélioration de l'accès aux services des urgences 17
Réduction de l'incidence et de la prévalence des autres niveaux de soins 17
Mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète 22
Améliorer l'accès grâce à la cybersanté 23
Développement des services sensibles du point de vue culturel ou linguistique 23
Amélioration du système par la collaboration des conseils 24

L'équipe de gestion du savoir du RLISS du Sud-est 26

Rapport sur les indicateurs de rendement 27
Commentaire du RLISS sur les indicateurs de rendement 28

Rendement opérationnel du RLISS du Sud-est 30

États financiers revises 32

Message de la president du conseil d'administration et le chef de la direction

Au nom du conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-est, je vous présente notre rapport annuel 2010-2011.

Mes sentiments sont partagés car le rapport de cette année est le dernier qui sera présenté pendant mon mandat à la présidence du conseil d'administration du RLISS du Sud-est.

Pendant les six années où j'ai eu le privilège d'assumer ce poste, j'ai toujours été fière de nos accomplissements et reconnaissante de l'appui et des encouragements que m'ont accordés mes confrères et consœurs du conseil d'administration, notre chef de la direction et l'équipe dévouée de spécialistes du personnel du RLISS qui travaillent si fort pour les résidents de la région.

Je tiens aussi à remercier les équipes de direction et le personnel de nos partenaires fournisseurs de services de santé de la région qui démontrent constamment et sans défaillir leur engagement à fournir des soins de la plus haute qualité aux quelques 500 000 personnes qui vivent et travaillent dans le Sud-est de l'Ontario.

Alors que je regarde avec fierté le chemin que nous avons parcouru ensemble – et que je peux facilement percevoir à l'horizon que l'accès à des soins de qualité continuera de s'accroître et de s'améliorer – j'avoue que je m'ennuierai du tumulte quotidien et des dossiers que devront gérer mes collègues et successeurs, qui connaîtront encore plus de succès et qui raffineront encore le système de santé axé sur le patient que nous nous efforçons de mettre en place.

Georgina Thompson
Presidente du conseil d'administration

Je me joins à la présidente de notre conseil d'administration pour exprimer ma fierté de présenter le rapport annuel 2010-2011 du RLISS du Sud-est.

L'année écoulée fut à plusieurs égards une année remarquable. Une année au cours de laquelle nous nous sommes rapprochés de beaucoup d'un système de santé régional entièrement intégré et très avantageux à long terme – en particulier grâce à notre Feuille de route des services cliniques régionaux, qui est passée d'une noble idée formulée dans notre PISS2 à une stratégie tangible et fonctionnelle qui attend les approbations finales et la mise en œuvre.

Chemin faisant, nous avons apprécié notre rôle de supervision des importants changements et des améliorations apportés à la prestation des services de santé à tous les résidents de la région du Sud-est.

Cela n'aurait pu s'accomplir sans le dévouement et l'engagement de nos partenaires fournisseurs de services de santé.

Nous n'aurions pu faire avancer les programmes sans le professionnalisme et le travail acharné de notre personnel.

Et nous n'aurions certainement pas réussi à capter l'imagination et le soutien de nos collectivités sans les talents, l'énergie et les instincts profondément intuitifs de la présidente de notre conseil d'administration. Elle a travaillé sans relâche à établir un modèle de gouvernance qui nous a donné l'élan nécessaire pour continuer à fournir à tous les résidents de la région des services de santé de la plus grande qualité possible.

Nous leur en sommes grandement reconnaissants.

Paul Huras
Chef de la direction

Faits et chiffres

Population	**442**,800 (2006)	**489**,600 (2010)
Financement	**$1,017**,913,350	Alloués aux fournisseurs de soins de santé en 2010-2011

Fournisseurs de soins

- 7 Hôpitaux- 11 emplacements
- 1 Centre d'accès aux soins communautaires (Sud-Est)
- 37 Maisons de soins de longue durée.

Organismes communautaires

- 34 Organismes de service de soutien communautaire
- 3 Programmes ayant trait aux lesions cérébrales acquises
- 3 Aide à la vie autonome/ logement avec services de soutien
- 8 Programmes en toxicomanie
- 5 Centres d'accès aux soins communautaires
- 16 Programmes en santé mentale

Financement par secteur (2010/11)

Exploitation des hôpitaux	$676,287,800
Subventions fiscales municipales- hôpitaux	$190,725
Maisons de soins de longue durée	$157,270,059
Centre d'accès aux soins communautaires	$96,933,755
Services de soutien communautaire	$24,032,306
Léaions cérébrales acquises	$3,436,399
Aide à la vie autonome- Logement avec services de soutien	$2,003,991
Centres de santé communautaire	$18,371,488
Santé mentale communautaire	$33,083,729
Programme de toxicomanie	$6,303,138
Financement total alloué	**$1,017**,913,350

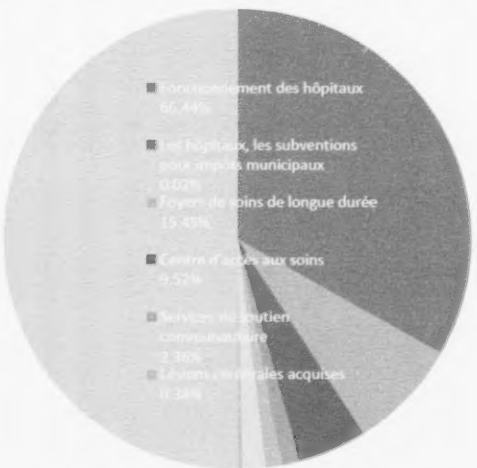
Financement par hôpital (2010/11)

Hôpital general de Brockville	$51,037,304
Hôpital Hôtel-Dieu	$53,296,417
Hôpital général de Kingston	$288,624,120
Hôpital general du comté de Lennox & Addington	$20,331,700
Hôpital de district de Perth & Smiths Falls	$35,727,500
Providence Care	$88,741,459
Quinte Healthcare Corp	$138,529,300
Financement total (hôpitaux)	**$676**,287,800

Présentation de la région

Le RLISS du Sud-est, qui s'étend sur 19 473 kilomètres carrés, se classe au quatrième rang des Réseaux Locaux d'Intégration des Services de Santé sur le plan de la superficie. Nous desservons environ 3,8 % de la population ontarienne. Nos résidents sont établis en parties presque égales le long du ruban plus urbanisé qui suit l'autoroute 401 et dans des collectivités rurales plus petites disséminées dans toute la région.

La région desservie par le RLISS s'étend d'est en ouest de la ville de Brighton à celle de Cardinal et du nord au sud du comté de Prince Edward au nord du lac St. Peter (voir la figure 2). Les sous-régions du RLISS ont été établies selon l'endroit où les résidents reçoivent principalement leurs soins. Approximativement quatre-vingt-dix-huit pour cent des résidents du RLISS du Sud-est obtiennent leurs soins de fournisseurs de services de santé locaux.



L'idée de responsabilisation a été au cœur de la création des RLISS. La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local (LISSL)* établit le pouvoir décisionnel du conseil d'administration de chaque RLISS à l'égard du système de santé local, dans les limites de la *Loi* et sous l'égide du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Le RLISS doit tenir des consultations avec les membres de ses collectivités dans le cadre de ses cycles de planification stratégique et de fixation des priorités. Le RLISS doit toujours prendre ses décisions en fonction de l'intérêt public.

Tous les trois ans, chaque RLISS élabore un Plan d'Intégration des Services de Santé (PISS) dans lequel il définit ses objectifs stratégiques pour le système de santé local. Le PISS fournit un cadre de référence pour le RLISS et ses fournisseurs de services de santé dans le but d'assurer la répartition la plus judicieuse possible des efforts, des ressources et du temps disponible.

Tous les RLISS ont signé une entente de rendement avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Cette entente établit les obligations des deux parties et désigne certains domaines où le ministère désire voir de l'amélioration. Des indicateurs de rendement et des cibles pluriannuelles y sont établies et les résultats obtenus sont présentés publiquement dans ce rapport et par d'autres canaux.

À titre d'organisme d'État, le RLISS est tenu d'appliquer les directives de la province de l'Ontario en matière d'allocation des fonds, de dépenses de fonctionnement, de soumissions de services à des tiers, d'embauche et des autres politiques auxquelles sont soumis les organismes, conseils et commissions de l'Ontario.

Chaque trimestre, le chef de la direction du RLISS rencontre les hauts fonctionnaires du ministère pour leur présenter les activités du RLISS, les succès obtenus et les occasions d'amélioration.

Le conseil d'administration du RLISS est le responsable final devant le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Toutes les décisions importantes du RLISS sont prises par le conseil d'administration. Chaque mois, le chef de la direction du RLISS fait rapport au conseil au sujet des activités courantes, de l'évolution des indicateurs de rendement et de nos progrès vers la réalisation des priorités formulées dans le PISS.

À l'intérieur de ce cadre de responsabilité, le conseil d'administration du RLISS du Sud-est a fixé quatre grands objectifs stratégiques :

Mettre sur pied un système de soins véritablement intégré qui optimise l'utilisation des ressources

Faire comprendre le rôle que joue le RLISS du Sud-est dans la mise sur pied et la gestion d'un système régional de soins intégrés

Mettre sur pied un système de cybersanté intégré et fonctionnel qui permet d'améliorer les services de santé ainsi que la santé des citoyens

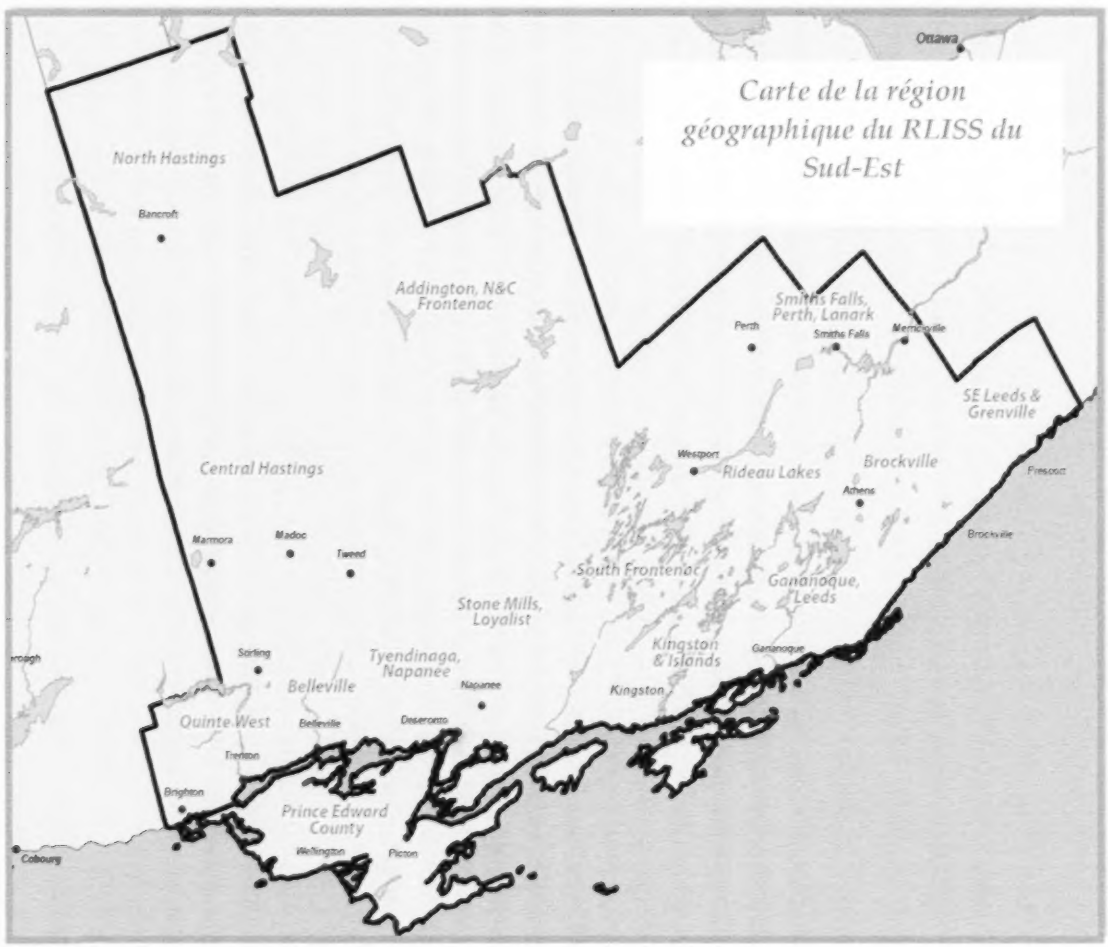
Faire preuve de leadership en tant qu'organisation fondée sur les connaissances qui est crédible, professionnelle, proactive et à l'écoute de ses clients.

Les administrateurs du RLISS, les membres de sa direction et son personnel sont bien informés sur les obligations de rendre des comptes et ils sont tenus d'incorporer ces obligations dans leurs relations avec les FSS et dans leurs activités courantes.

Aussi importantes et nécessaires que soient ces obligations formelles, elles ne mentionnent pas directement notre responsabilité la plus importante – celle que nous avons envers les résidents de notre région.

Le conseil et le personnel du RLISS du Sud-est sont aussi des résidents de la région. Nous partageons avec tous nos résidents la vision d'un système de santé accessible et viable.

La notion de responsabilité implique beaucoup plus que de simplement déclarer les chiffres pertinents. Dans le RLISS du Sud-est, cela signifie prendre des décisions qui auront un effet positif sur la qualité et la viabilité du système de santé. Cela signifie aussi faciliter le bon fonctionnement des choses et prendre des décisions sensées.



Respect des normes provinciales

Le RLISS du Sud-est collabore constamment avec ses fournisseurs de services de santé pour répondre aux besoins locaux tout en respectant les

normes provinciales. Nous avons fait preuve d'innovation pour rendre notre engagement envers nos collectivités utile et efficace et adopter une stratégie qui tient compte de l'apport de nos collectivités. Nous avons cherché à l'extérieur de l'Ontario des modèles, des programmes et des processus qui permettent de fournir les services avec plus d'efficience et plus d'efficacité et qui aident la population à éviter les causes fréquentes — mais évitables — de sollicitation du système de santé. Notre objectif est d'améliorer et de faire évoluer le système de santé local afin qu'il réponde, et continue de répondre, aux besoins de nos résidents.

Principaux projets de responsabilisation

Dans le cadre de son mandat, le RLISS du Sud-est a mis sur pied plusieurs projets visant à renforcer nos relations de responsabilisation, à appliquer nos priorités en matière de changement au niveau du système de santé et à améliorer notre compréhension générale du système de santé local. En 2010-2011, le RLISS a participé à plusieurs projets de ce type.

Examen du maintien de la performance du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) du Sud-est

L'un des aspects les plus importants de l'engagement du RLISS du Sud-est d'assurer que les résidents de notre région aient accès aux services de soutien dont ils ont besoin est notre obligation de surveiller la performance et l'efficacité des fournisseurs de services de santé qui offrent ce soutien. En réponse à certains commentaires mettant en cause la capacité du CASC du Sud-Est de répondre efficacement aux besoins de sa clientèle, le RLISS du Sud-est a demandé à un groupe de consultation indépendant de réaliser un examen objectif de la performance stratégique et opérationnelle de cet organisme.

Cet examen a mené à des changements à la direction du CASC et à la mise en place d'un plan d'amélioration générale et continue qui a déjà donné des résultats positifs.

Projet sur les fonctions administratives des services communautaires

En vertu des ententes de responsabilisation signées par chacun de nos fournisseurs communautaires, ceux-ci doivent participer à un exercice visant à déterminer quelles fonctions administratives pourraient être partagées et combinées au sein d'un « service administratif commun ». Ce projet vise à déterminer quelles économies pourraient être réalisées au niveau du système par exemple par la mise en commun des services de la paie ou par la mise sur pied d'un bureau commun de tenue de livres. La phase I du projet, qui consistait à déterminer quels services administratifs pourraient être partagés, a été réalisée en 2009-2010.

La phase II, qui portait sur l'élaboration de solutions administratives a abouti à l'automne 2010 à l'approbation par le conseil d'administration du RLISS du Sud-est de différentes initiatives : programme d'achat en commun, modèles de services de comptabilité transactionnels et programme d'avantage sociaux partagé. La phase III, qui consiste à mettre en œuvre ces initiatives, a débuté au cours de l'exercice écoulé et se poursuivra en 2011-2012.

Services de soutien partagés du Sud-est de l'Ontario (3SO)

Initiative similaire à la mise en commun des fonctions administratives, 3SO est un projet collaboratif des hôpitaux du RLISS du Sud-est dont le but est de créer un service administratif d'achat et d'approvisionnement. 3SO, qui emploie une équipe spécialisée en approvisionnement, fait jouer le pouvoir d'achat combiné des hôpitaux et permet aux directions d'hôpitaux de diriger leur attention vers leur fonction la plus importante, fournir des soins de qualité aux patients.

Ententes de Responsabilisation en matière de Services (ERS)

Depuis l'adoption de la *Loi sur l'intégration du système de santé local (LISSL)* en 2006, les RLISS assument l'entière responsabilité de la planification, du financement et de l'intégration des services de santé de leur région.

Afin de s'acquitter de cette responsabilité, ils ont commencé à négocier des ententes de

responsabilisation en matière de services (ERS) avec les fournisseurs de services de santé (FSS) à qui ils versent un financement. Conformément au calendrier prévu dans la LISSL, ils ont négocié des ERS avec les hôpitaux (ERS-H) pour la période 2008-2010 et des ERS multisectorielles (ERS-M) avec les organismes de soutien communautaire, les centres d'accès aux soins communautaires, les centres de santé communautaires et les organismes communautaires de services en santé mentale et en toxicomanie pour la période 2009-2011.

En 2010, le RLISS du Sud-est a signé des Ententes de Responsabilisation en matière de Services (ERS) liés aux Foyers de Soins de Longue Durée (FSLD) avec 37 foyers du Sud-est.

Les ERS-FSLD représentent un changement important pour le secteur des soins de longue durée et pour les RLISS. Ces ententes mettent l'accent sur la responsabilisation et la performance et elles font partie intégrante des efforts d'amélioration du rendement du système de santé et de prestation de soins de qualité axés sur les résidents. Elles soulignent aussi le rôle important que joue ce secteur pour améliorer la stabilité et la responsabilité de notre système de santé et favorisent l'alignement des services de santé des différents secteurs.

Le second plan d'intégration des services de santé (PISS2) du RLISS du Sud-est est entré en vigueur en 2009. Il fait fond sur les progrès réalisés dans l'amélioration des soins locaux depuis l'adoption du premier PISS au mois d'octobre 2006.

Dans le cadre de la préparation de ce second plan, nous avons réalisé des recherches détaillées, fondée sur des preuves, sur la santé de nos résidents afin de déterminer quels services de santé ils utilisent. Nous avons aussi parlé aux Ontariens et aux Ontariennes qui vivent dans les collectivités que nous desservons afin d'obtenir leur point de vue sur le système de santé local. Nous leur avons demandé ce qu'ils appréciaient au sujet des soins disponibles localement et les améliorations qui pourraient être apportées. Nous leur avons aussi demandé de quoi devrait avoir l'air le système de santé local de l'avenir. Enfin, nous avons consulté nos fournisseurs de services pour obtenir leur point de vue sur les forces du système de santé local, les occasions d'amélioration et la mesure avec laquelle le système répond selon eux aux besoins de la population.

Tous ces travaux de recherche ont mené à l'élaboration du PISS2 et à la formulation des dix priorités qui orienteront les activités du RLISS de 2010-2011 à 2012-2013. Il est possible d'obtenir copie du PISS2 à www.SouthEastLHIN.on.ca

Nous sommes très fiers des réalisations accomplies par nos fournisseurs de services de santé et par nous tous collectivement au cours des quatre dernières années. Les résultats obtenus témoignent de l'engagement et du dévouement de tous les fournisseurs de soins du RLISS et de tous les employés administratifs, opérationnels et de soutien qui les appuient.

L'un des problèmes souvent relevés dans le système de santé est qu'il y a tellement de changements que les gens ne peuvent garder le rythme. Nous croyons que nos résultats prouvent le contraire. Le changement pour le simple plaisir de changer n'est pas une solution viable. Par contre, le changement qui s'appuie sur une vision du succès *est* une solution viable. Le changement lié à un objectif clairement articulé et accompagné de mesures du progrès accompli vers la réalisation de ces objectifs peut être un catalyseur d'énergie.

La santé n'est en rien un secteur stagnant. Les découvertes médicales se succèdent depuis les vingt dernières années. Les résidents en chirurgie n'apprennent pas les mêmes techniques qu'ont apprises leurs enseignants. Le secteur de la santé dans son ensemble est en perpétuelle évolution. Le rôle du RLISS est d'assurer que ces changements répondent aux besoins véritables de nos résidents aujourd'hui et à l'avenir.

Le PISS2 a confirmé que, dans l'ensemble, le système accomplit ce qu'il doit accomplir. Dans le cadre du PISS2, notre travail n'était pas de créer un nouveau système de santé local, mais plutôt de « rénover » celui qui est déjà en place.

Au total, le PSS2 définit dix priorités pour aider le RLISS du Sud-est à créer un système de santé accessible et viable. Ces priorités visent aussi à positionner les soins de telle façon qu'ils seront fournis au bon endroit et au bon moment. Ces améliorations permettront au système de soins actifs de libérer ses énergies pour mieux s'acquitter de son rôle.

Notre rapport sur le PISS2 fait référence à chacune de ces dix priorités et au sommaire des activités clés liées à ces priorités.

1 Mise en place d'un système de soins primaires

Le PISS2 désigne l'accès aux soins primaires comme priorité immédiate, étant donné que ce secteur doit prendre en charge le plus grand nombre de problèmes de santé dont souffrent la plupart des gens le plupart du temps et qu'il est souvent le principal point d'entrée dans le système de santé. Par conséquent, le secteur des soins primaires doit être accessible en tout temps, et doit mettre l'accent sur les soins individuels à long terme et offrir des soins complets pour tous les problèmes de santé.

Activités appuyant cette priorité:

Accès soins: Le service Accès soins a été conçu et mis en place par le RLISS du Sud-est. Ce service permet à la population de l'Ontario d'obtenir un médecin de soins primaires sans devoir faire le tour des médecins de la région.

En 2007, environ 80 % de la population du RLISS du Sud-est n'avait pas de médecin de soins primaires. Le 31 décembre 2010, 98 % des personnes qui voulaient un médecin de soins primaires en avaient un – le taux le plus élevé de la province.

Conseil des soins primaires: Le RLISS du Sud-est a mis sur pied un Conseil des soins primaires il y a deux ans. Le conseil donne son avis au RLISS sur la mise en place d'un système de soins primaires. Il est composé de fournisseurs de soins primaires du RLISS. En janvier 2011, le conseil a organisé son troisième forum annuel sur les soins primaires intitulé « Consolider les soins primaires dans la région et partager les innovations liées à la prestation des soins ». Les chercheurs, les décideurs et les membres de la communauté des soins primaires y ont échangé sur des sujets d'intérêt commun.

Centres de soins communautaires satellites: Dans le cadre du plan d'augmentation du nombre de centres de soins communautaires (CSC) dans la province, annoncé en 2005 par le gouvernement de l'Ontario, une série de consultations communautaires concernant leur emplacement a eu lieu. En 2010/11 les villes de Belleville et de Quinte West ont ouvert de nouveaux établissements à Trenton et au centre-ville de Belleville, améliorant d'autant l'accès des résidents aux soignants de première ligne.

Soutien aux soins primaires: En raison de la pénurie soudaine de médecins de soins primaires à Smiths Falls au début de la nouvelle année précipitée par le décès imprévu d'un médecin de famille peu de temps après le départ à la retraite de deux médecins, le RLISS du Sud-est a accordé un financement d'appoint qui a permis d'augmenter le nombre de visites d'une équipe mobile de Brockville et a permis à 800 patients additionnels de recevoir des soins au Centre de soins communautaire du district de Merrickville.

2 Développement d'une culture de soins axés sur le patient

Le public a maintes fois exprimé le besoin d'avoir un système de santé qui axe les soins sur le patient. Cette notion de soins axés sur le patient inclut un bon « service à la clientèle », la facilité d'accès et la capacité de répondre aux besoins du client. Elle comprend aussi l'aide à la navigation dans le système et la coordination des nombreuses composantes de soins ou de traitement dont le patient peut avoir besoin pour maintenir ou améliorer son état de santé. La notion de soins axés sur le patient parle de services et de soins de qualité, d'un système où les besoins du patient et de la population déterminent la façon dont les ressources sont déployées et utilisées. Dans le RLISS du Sud-est, nous favoriserons la mise en place d'une culture de soins axés sur le patient afin que notre système soit intégré et réponde de façon appropriée aux besoins des personnes et de la population.

Activités appuyant cette priorité:

Gestion des listes d'attente: Le RLISS du Sud-est a maintenu son exigence envers les hôpitaux du RLISS du Sud-Est qui fournissent des services financés en vertu de la Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario. Les hôpitaux doivent vérifier régulièrement leurs listes d'attente afin de s'assurer que toute personne en attente de chirurgies de la hanche et du genou depuis plus de 180 jours fasse l'objet d'une réévaluation.

Financement dirigé: Le RLISS a réalloué des fonds pendant l'exercice de façon à assurer que les hôpitaux qui pouvaient effectuer plus de chirurgies puissent compter sur des ressources pour le faire.

Loi sur l'excellence des soins pour tous (LEST): Depuis que cette loi est entrée en vigueur au mois de juillet 2010, le RLISS du Sud-est a fait de l'éducation active auprès des FSS et a fait connaître l'esprit et la lettre de cette loi. En outre, le RLISS a aidé les hôpitaux à faire un examen de la situation et à rédiger un plan d'amélioration de la qualité (PAQ).

Des hôpitaux adaptés aux aînés: Le nouveau principe d'« *hôpital adapté aux aînés* » a trouvé son expression dans la Feuille de route des services cliniques du RLISS du Sud-est dont des éléments ont été incorporés dans les plans de travail cliniques élaborés pour les secteurs des *temps d'attente dans les services des urgences* et des *soins de rétablissement*.

Intégration des systèmes d'information: Deux projets réalisés en 2009-2010 ont permis d'harmoniser la transition entre fournisseurs de soins en mettant à profit la technologie de l'information. Les systèmes informatiques de deux équipes de santé familiale ont été reliés à ceux de l'hôpital le plus près. Ainsi, les médecins de famille ont pu accéder en temps réel aux dossiers hospitaliers, aux notes cliniques, aux rapports de diagnostic et aux consultations auprès de spécialistes. Dans les endroits où le système a été implanté (Kingston et Belleville), le fardeau administratif des médecins de famille a connu une importante réduction (réduction de 57 % des rapports papier, réduction de 24 à 72 heures du délai de traitement des rapports). Les médecins basent maintenant leurs décisions sur l'information courante plutôt que sur des rapports qui ne sont plus actuels. La répitition inutile d'examens médicaux et également évitée.

Normalisation des évaluations: Les organismes communautaires de services de soutien ont terminé leur formation pour se préparer à l'arrivée de l'outil d'évaluation de santé communautaire interRAI (interRAI-CHA) dans tout le Sud-est. L'utilisation d'évaluations communautaires normalisées permettra d'uniformiser les évaluations et de déterminer de façon systématique quels services sont nécessaires, de mieux connaître et de mieux comprendre les clients desservis dans la collectivité et de quantifier l'impact des services sur la vie des clients. La normalisation des évaluations favorisera aussi le partage de l'information sur les niveaux de soins et les besoins de clients parmi les fournisseurs de services de santé, ce qui améliorera le processus de prise de décisions cliniques. Les projets de cette nature représentent un pas nécessaire vers la mise en place de dossiers de santé informatisés.

Coordination des soins améliorée: Le travail accompli dans la cadre de la stratégie *Vieillir chez soi* a amélioré le dialogue et la coopération entre les planificateurs des mises en congé des hôpitaux, les coordonnateurs de cas des CASC et les coordonnateurs de cas des services de soutien dans la collectivité du RLISS. Au cours des trois dernières années, on a enregistré une hausse de 45 % des orientations vers les SSC, fournissant ainsi à plus de gens le soutien dont ils ont besoin pour rester à la maison.

3 Hausse de la capacité dans les services en santé mentale et toxicomanie

Conformément à ce qui est prévu dans la stratégie provinciale sur dix ans en santé mentale et toxicomanie, le RLISS du Sud-est axera ses efforts sur l'intégration des services en santé mentale et toxicomanie avec tous les niveaux de soins et avec le système de santé principal. Nos efforts porteront sur l'identification et l'intervention précoces dans un système harmonisé de services et de mesures de soutien complets, efficaces, efficients, proactifs et axés sur la population, grâce à la réévaluation des ressources actuelles.

Activités appuyant cette priorité :

Transition des patients des services de soins transitionnels de longue durée en santé mentale vers les cadres de vie communautaire: Au cours de la dernière année, le RLISS du Sud-est, en collaboration avec les hôpitaux et les fournisseurs communautaires, a contribué à la fermeture de lits de transition dans le site Brockville des Services de santé Royal Ottawa (SSRO). Tous les clients du RLISS du Sud-est ont été replacés. Providence Care poursuit son travail auprès des organismes communautaires en vue de faciliter la transition vers la collectivité des personnes identifiées comme patients de longue durée en santé mentale.

Soins actifs en santé mentale: Après avoir conclu une entente de financement avec l'Hôpital Hotel Dieu, l'Hôpital général de Kingston a mis au point un modèle de soins basé sur les pratiques cliniques exemplaires actuellement reconnues à l'intention de la nouvelle unité de soins actifs transférée de l'Hôpital Hôtel Dieu. De son côté, l'Hôpital général de Brockville met lui aussi au point un nouveau modèle de soins dans le cadre des préparatifs en prévision du transfert de services de soins actifs en santé mentale en provenance des SSRO. Le travail préparatoire étant pour une bonne part terminé à la fin de l'année, cette transition devrait se finaliser très bientôt.

Services de soutien comportemental: Beaucoup de temps et de ressources ont été investis dans l'élaboration d'un modèle de services de soutien comportemental pour le RLISS du Sud-est, qui prévoit une participation considérable de représentants de différents secteurs et l'élaboration de voies critiques de gestion des patients qui se présentent dans différents milieux cliniques tels les services des urgences et les foyers de soins de longue durée. Ce modèle a abouti à une meilleure qualité des soins et du soutien apportés dans la communauté aux personnes âgées (et leurs familles) aux prises avec des problèmes de comportement.

Réacheminement des patients en santé mentale et toxicomanie qui se présentent aux salles d'urgence: Maintenant que nous avons une meilleure compréhension des comportements des patients en santé mentale et toxicomanie qui se présentent de façon répétée dans les services des urgences des hôpitaux, on sait qu'un nombre relativement faible de patients peut avoir un impact important sur la fréquentation des urgences. L'une des stratégies employées en vue de réduire la fréquentation des urgences porte sur des consultations formelles entre les services des urgences et les fournisseurs de services de soutien communautaires concernés, incluant des mesures d'entraide visant à identifier les personnes dont le cas pourrait faire l'objet d'une meilleure gestion et qui pourraient recevoir des soins ciblés à l'extérieur des urgences.

Accès coordonné: Au cours de la dernière année, les fournisseurs de services en santé mentale et toxicomanie se sont réunis pour adopter des protocoles communs et des processus normalisés dans le but de faciliter la gestion continue des personnes en crise à la recherche de soutien et d'orientation dans l'ensemble de la région du RLISS du Sud-est. La stratégie consiste à mettre à profit le travail déjà accompli dans la région de Hastings-Prince Edward avec le service d'écoute téléphonique 310-OPEN. L'un des composants

importants de ce travail consistera à élaborer un outil normalisé de dépistage des troubles concurrents.

4 Gestion régionalisée des programmes

Les résidents du sud-est de l'Ontario expriment le besoin d'un accès amélioré. Ce qu'ils veulent dire souvent c'est qu'il faudrait améliorer la capacité ou fournir plus de services. Il est possible d'améliorer l'accès, d'accroître la capacité et d'augmenter les services en gérant mieux les ressources régionales existantes. Il s'agit alors de faire plus et mieux avec ce que l'on a déjà. La gestion régionalisée des programmes consiste à regrouper la gestion de services de santé, qui sont actuellement gérés séparément dans deux établissements de la région ou plus, comme s'il s'agissait d'un service unique. Certains services fournis dans plusieurs établissements peuvent être intégrés à la grandeur de la région, en fonction des volumes et selon la disponibilité des ressources.

La gestion régionalisée des programmes permettrait à un chef de services cliniques ou administratifs de favoriser la mise en place d'une vision et de cibles communes, permettant par le fait même d'améliorer la responsabilisation sur le plan de la performance des services pour toute la région.

Activités appuyant cette priorité :

La Feuille de route des services cliniques régionaux du RLISS du Sud-est: À titre de catalyseur de la mise en place d'un système de soins intégrés véritablement régionalisé, la Feuille de route des services cliniques régionaux a été la pierre angulaire du plan stratégique du RLISS du Sud-est de la dernière année.

En collaboration avec nos sept centres hospitaliers et le CASC du Sud-est, le RLISS du Sud-est a élaboré une initiative de planification à grande échelle portant sur le défi le plus pressant dans le domaine de la santé en Ontario et au Canada : assurer que le système de santé local fournisse à chaque citoyen les bons soins au bon moment et au bon endroit.

Conçue et élaborée sur les principes moteurs de la viabilité, de l'accès, de l'efficience et de la qualité, la Feuille de route des services cliniques régionaux peut compter sur le soutien continu du Forum SECHEF des dirigeants du CASC et des hôpitaux du Sud-est et sur celui des présidents des conseils d'administration du RLISS du Sud-est, des hôpitaux et du CASC. Depuis le lancement de la Feuille de route en juillet 2010, tous les conseils d'administration ont été informés à deux reprises des progrès et des objectifs de cette initiative. En outre, vers la fin de l'année 2010, les présidents des conseils des hôpitaux et du CASC ont tous signé une déclaration d'appui à la Feuille de route.

Avec l'aide de notre équipe de gestion du savoir et de son rapport remarqué sur l'*analyse régionale des services hospitaliers dans le RLISS* du Sud-est, le RLISS du Sud-est a procédé à un examen minutieux des besoins de soins actuels et futurs de nos résidents. Dans le cadre de cette analyse, nous avons identifié avec l'aide de nos partenaires les secteurs où l'investissement de temps et d'énergie par nos médecins et cliniciens de première ligne serait le plus profitable pour nos résidents. L'analyse et les consultations réalisées ont permis d'identifier sept secteurs cliniques d'intervention : cardiologie, services de chirurgie, santé mentale et toxicomanie, soins de rétablissement, temps d'attente dans les urgences, soins maternels et des nouveau-nés à risque et infections nosocomiales.

Depuis le lancement de la Feuille de route en juillet dernier, des équipes de travail clinique composées de médecins, d'infirmières, de cliniciens – dirigé par un médecin et des chefs administratifs du RLISS du Sud-est - ont élaboré des plans de travail clinique particuliers pour chacun de ces secteurs d'intervention. Ces plans de travail, qui en sont à la phase de la rédaction, font l'objet d'un processus de mobilisation

communautaire régionale lancé le 21 mars en vue d'obtenir l'opinion des résidents, qui ont été invités à participer en ligne en remplissant des cahiers de travail pour chacun des secteurs étudiés.

Les résultats ainsi obtenus seront analysés et intégrés à la version finale des plans de travail qui sera présentée pour approbation finale du SECHEF et des conseils d'administration des hôpitaux et du CASC à l'automne 2011. Ces plans de travail seraient alors progressivement mis en œuvre au cours des trois prochaines années.

Mobilisation communautaire:

En 2010-2011, le RLISS du Sud-est s'est efforcé de joindre le plus grand nombre possible de résidents afin d'obtenir des commentaires sur notre Feuille de route des services cliniques.

La participation du public à la Feuille de route a débuté avec l'annonce officielle de cette initiative en juillet 2010. Le public a été informé dans un premier temps par la couverture média qui a entouré l'annonce de la création de la Feuille de route. Par la suite, des mesures de sensibilisation plus formelles ont été mises au point.

L'une de ces mesures se composait d'une série de présentations données par la présidente du conseil et le chef de la direction du RLISS du Sud-est devant *chaque* conseil municipal, régional et de comté de la région. Ces présentations ont débuté à la mi-décembre et se sont poursuivies jusqu'à la fin mars. Les maires et les conseillers ont ainsi pu obtenir une idée préalable du projet et de son importance.

Quand est venu le temps de présenter la Feuille de route à la population générale, nous avons adopté une stratégie différente.

Alors que la mobilisation communautaire entourant le PISS2 du RLISS du Sud-est en 2009 était basée sur des rencontres en personne, des portes ouvertes et d'autres événements similaires – et bien que ce processus ait été minutieusement planifié et publicisé – nous voulions faire mieux.

Nous avions pour objectif d'atteindre une section plus large de la population de la région afin de guider et valider les plans de travail clinique que nous élaborions pour la Feuille de route. Aussi, nous voulions simplifier la participation des résidents, la rendre plus pratique et moins intrusive.

Après délibération, le RLISS du Sud-est a décidé de mettre en place une stratégie web qui orienterait les résidents vers un site où ils pourraient en apprendre plus sur la Feuille de route, selon l'intérêt qu'ils portent à la question – et où ils pourraient remplir et soumettre un ou plusieurs cahiers de travail sur les secteurs cliniques qui les intéressent plus particulièrement.

Après un processus rigoureux réalisé par 3SO et sur la foi des excellentes références que nous ont données nos collègues du RLISS du Nord-Ouest, qui ont travaillé avec cette société dans le cadre d'un projet similaire, nous avons chargé *Ascentum*, un groupe d'Ottawa spécialisé dans les médias sociaux et l'information du public, de concevoir une stratégie de mise en application de nos objectifs.

Mettant à profit une stratégie de communication intégrée alliant l'envoi de courriels groupés, une campagne de couverture média, des publicités payées et des demandes formelles aux organismes de services communautaires, aux bibliothèques publiques, aux églises et à la communauté médicale pour aider à faire la promotion du projet et à diriger les résidents vers le site, nous avons lancé le 21 mars une campagne de mobilisation en ligne de six semaines.

La page d'accueil du site comportait une vidéo de bienvenue animée par le chef de la direction du RLISS du Sud-est qui présentait la Feuille de route et encourageait les visiteurs à visiter le site à loisir.

Les visiteurs pouvaient ensuite cliquer sur l'un des sept secteurs cliniques désignés, où ils pouvaient visionner des vidéos de présentation réalisées par chacun des chefs des équipes cliniques (qui sont tous médecins à une exception près) et où ils étaient invités à naviguer sur le site et remplir le cahier de travail.

Cette stratégie convenait certainement pour le genre de mobilisation que nous avions en tête, mais il nous a semblé devoir organiser aussi des rencontres réelles avec certains groupes de résidents qui pourraient préférer donner leurs commentaires de vive voix dans le cadre de rencontres personnelles. Aussi avons-nous profité des locaux et de la technologie du CASC du Sud-est pour organiser sept rencontres avec les personnes âgées de la région. Une autre rencontre a ensuite été organisée au centre de services en français désigné de Kingston.

Malgré plusieurs tentatives d'organiser une rencontre semblable avec les groupes autochtones, métis et du Conseil des Mohawks, les efforts du RLISS du Sud-est ont reçu une réponse plus mitigée.

5 Amélioration de l'accès aux services des urgences

Les services des urgences sont perçus comme « le canari dans la mine » du système de santé. Si quelque chose ne tourne pas rond dans le système de santé local, les premières manifestations du problème apparaissent souvent dans les salles des urgences. Par contre, quand les services des urgences sont accessibles et que les temps d'attente sont acceptables, le public estime que le système de santé fonctionne bien. Un système de santé véritablement intégré fait la meilleure utilisation possible de ses services des urgences. Nous avons maintenant l'occasion d'améliorer l'accès et de réduire les temps de passage dans les services des urgences. Tous les RLISS voient cet objectif comme une priorité essentielle.

6 Réduction de l'incidence et de la prévalence des autres niveaux de soins

Quand une personne occupe un lit de soins actifs alors qu'elle n'a pas besoin de soins actifs ou qu'elle reste dans un tel lit alors qu'elle n'a plus besoin de soins actifs, le patient et le système sont tous deux perdants. Le patient peut perdre des forces ou acquérir une infection nosocomiale tandis que le système n'utilise pas ses précieuses ressources de façon optimale. Tous les patients doivent être placés dans le milieu de soins qui convient le mieux à leur état et à leurs besoins.

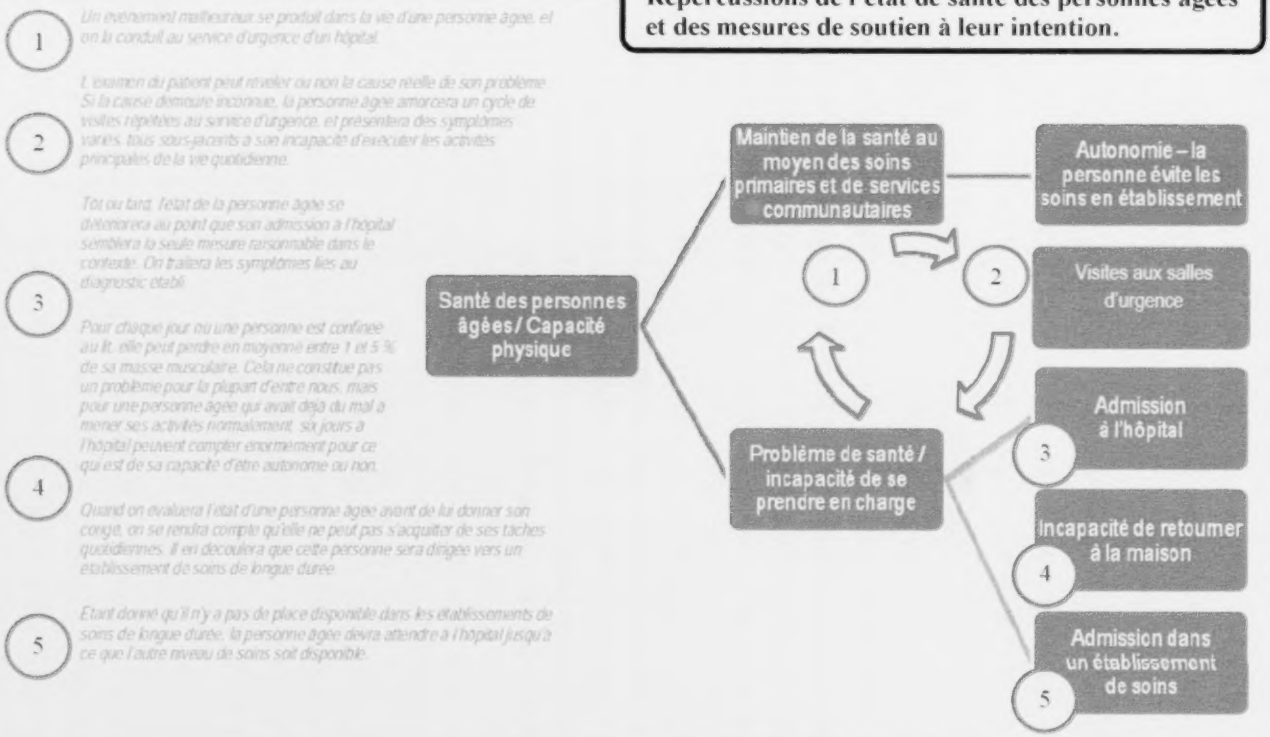
Pour comprendre la relation services des urgences–autres niveaux de soins :

Remarque : Étant donné le lien inextricable qui existe entre les priorités « Amélioration de l'accès aux services des urgences » et « Réduction de l'incidence et de la prévalence des autres niveaux de soins » et le fait que ce lien détermine une partie si importante de ce que nous faisons dans la région du Sud-est, nous offrons le synopsis suivant sur la façon dont le RLISS du Sud-est aborde ces deux priorités.

De façon superficielle, le lien entre la fréquentation des services des urgences et la façon dont les patients obtiennent leur congé de l'hôpital est très simple. Si l'on suppose un taux d'occupation de 100 %, chaque fois qu'un nouveau patient est admis, un autre doit recevoir son congé. Quand le RLISS du Sud-est s'est penché sur cette question, nous avons cherché à en savoir plus sur les patients qui se rendent aux urgences, pourquoi ils sont hospitalisés et pourquoi ils ont de la difficulté à retourner à la maison à la fin de leur séjour à l'hôpital.

Le RLISS du Sud-est a utilisé les donnés démographiques connues, les données cliniques et l'information fournie par le personnel de première ligne pour créer le profil type du patient le plus susceptible de se présenter aux urgences,

Répercussions de l'état de santé des personnes âgées et des mesures de soutien à leur intention.



d'être admis à un autre service de l'hôpital (même si son état ne met pas immédiatement sa vie en danger) et d'être très possiblement orienté vers un foyer de soins de longue durée.

Nos recherches révèlent que ce patient typique des urgences–autres niveaux de soins présente les caractéristiques suivantes :

- *Âgé de plus de 75 ans*
- *Demeure seul ou agit à titre de principal soignant d'un conjoint/d'une conjointe qui ne peut prendre soin de lui-même/d'elle-même*
- *A récemment vécu le décès d'un conjoint, d'une personne chère ou d'un soignant principal*
- *A été diagnostiqué comme ayant au moins une maladie chronique (insuffisance cardiaque congestive, diabète, etc.)*
- *A connu un changement récent dans son état de santé*

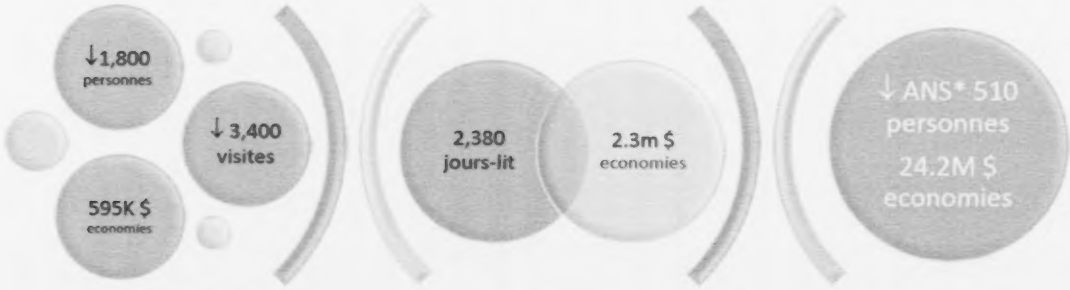
Chacune de ces caractéristiques est un événement isolé ou une combinaison de facteurs qui peuvent rendre une personne âgée incapable de faire face aux situations de la vie quotidienne. Dans ce cas, tout événement fâcheux – une chute, une déshydratation, etc. – entraînera probablement une visite aux urgences.

Stratégie du RLISS du Sud-est en matière d'urgences–d'autres niveaux de soins

Notre stratégie porte sur les circonstances qui amènent les patients dans les services des urgences et à la chaîne d'événements qui peut se produire en l'absence d'un effort concerté pour renvoyer le client chez lui en lui donnant les mesures de soutien appropriées.

La stratégie porte sur trois grands secteurs:

Restructuration du processus opérationnel: nous avons apporté des améliorations opérationnelles susceptibles de réduire les problèmes de communication, les délais de traitement et les



* Autres niveaux de soins

erreurs pouvant entraîner un redoublement du travail.

Gestion des besoins des clients: en assurant que des listes d'attente soient créées pour les soins appropriés. La fixation de cibles d'attente à l'intérieur desquelles les services devaient être fournis a assuré que les patients recevaient des soins au moment approprié.

Identification des ressources physiques: l'examen des présentations de cas et des données connexes nous a aidés à identifier les ressources nécessaires pour éviter les urgences dans un premier temps et aider les patients à retourner à la maison aussitôt que possible après leur séjour à l'hôpital.

Incapacité à gérer la vie quotidienne avec services d'aide
Grâce au programme SMILE (« *Seniors Managing Independent Living Easily* »), à *Easier* + et à d'autres efforts en collaboration avec le CASC et les SSC, un réseau de soins a été créé afin d'aider les aînés à gérer la vie quotidienne avec des services d'aide. Ces services sont fournis dans le but d'éviter les visites aux urgences qui sont évitables et d'accélérer les mises en congé dans les hôpitaux.

Événements déclencheurs
L'identification rapide des personnes âgées fragiles par le personnel des urgences qui observent leur arrivée et leur progression dans le service peut mener à une évaluation et à une orientation vers les services de soutien communautaire à domicile dont le patient peut avoir besoin. Un tel examen précoce aide aussi à identifier d'autres améliorations qui pourraient être apportées au secteur des foyers de soins de longue durée afin de réduire le nombre de visites répétées aux urgences et de mettre les patients en congé dans les meilleurs délais.

Visites aux services des urgences – capacité et performance
En examinant le mouvement des patients dans le service des urgences, le RLISS du Sud-est a pu mieux comprendre les temps d'attente dans les urgences et réduire ceux-ci.

Les deux plus grands services des urgences de notre région ont reçu des fonds du *Programme de financement axé sur les résultats* en 2010-2011. Bien que ces services des urgences aient les temps d'attente les plus longs, nous savons qu'ils ont beaucoup travaillé pour les réduire. L'Hôpital général de Kingston, par exemple, a amélioré le mouvement des patients non admis et a réduit le délai nécessaire pour voir un médecin. Toutefois, le temps d'attente des patients admis (les patients qui se rendent aux urgences et sont pas la suite hospitalisés) se situe toujours au-dessus des cibles provinciales.

L'année 2010-2011 a été la première où l'Association des soins de santé de Quinte – Belleville a reçu des fonds du Programme de financement axé sur les résultats. Elle avait déployé beaucoup d'efforts pour mettre en place des processus améliorés et réduire les barrières au mouvement des patients autant à l'intérieur du service des urgences que dans les services d'hospitalisation. Les constatations initiales

indiquent également que le temps de non-occupation (la période qui s'écoule entre le moment où un patient est mis en congé et celui où le prochain patient occupe le lit) s'est aussi amélioré.

Admissions dans les hôpitaux
Grâce au processus intégré de planification des mises en congé, les patients à risque d'avoir besoin d'autres niveaux de soins sont identifiés plus tôt, ce qui permet d'éviter parfois le déclin physique et cognitif qui peut accompagner les longs séjours à l'hôpital. Ce processus aide aussi à éviter les désignations d'autres niveaux de soins inappropriés et les délais de mise en congé. Les programmes compris dans ce processus de planification sont *Home at Last* et *Enhanced Activation Therapy.*

À la fin des soins actifs, le patient retourne à la maison

Un important changement de paradigme culturel a eu lieu à l'échelle du RLISS du Sud-est. Nous essayons maintenant d'assurer que chaque patient a l'occasion de retourner chez lui en premier lieu, avant que l'option des autres niveaux de soins ne soit discutée.

Initiatives des urgences/autres niveaux de soins visant à réduire le nombre de visites aux urgences

Programme SMILE
Le programme SMILE *(Seniors Managing Independent Living Easily)* est exclusif au RLISS du Sud-est. Il permet aux personnes âgées de vivre de façon autonome à la maison en leur fournissant des services de soutien pour les tâches ménagères qu'ils sont incapables de faire eux-mêmes, par exemple tondre le gazon ou faire le marché. L'organisme qui coordonne ce programme fournit les services de cette nature qui ne sont pas déjà fournis par le CASC et les organismes SSC. Si aucun fournisseur n'est disponible localement, le programme SMILE paie pour ces services, qui sont alors fournis par une personne désignée par le client.

Capacité et performance des services des urgences
La stratégie de réduction des temps d'attente du RLISS compte deux volets : d'un côté la réduction de la dépendance sur les services des urgences, de l'autre l'amélioration du fonctionnement des services des urgences. Les services et traitements offerts aux patients ailleurs que dans les urgences ont permis de réduire de façon importante le temps passé par les patients qui attendent de recevoir des soins. Toutefois, les patients des urgences qui nécessitent une hospitalisation doivent encore attendre beaucoup avant qu'un lit se libère. C'est un problème récurrent à l'échelle de la province.

Autres niveaux de soins – améliorer l'accès aux options de soins post-hospitaliers
Grâce à la collaboration, les fournisseurs de services de santé ont réussi à faciliter le mouvement des patients hors des hôpitaux en réduisant le nombre de patients en attente d'un placement dans un milieu de soins de longue durée ou dans un autre niveau de soins, en réduisant le temps d'attente médian pour ce type de placement et en mettant en œuvre des programmes qui permettent aux clients d'attendre à la maison qu'un service de soins permanents devienne disponible.

Le pourcentage des lits d'hôpitaux occupés par des patients nécessitant un autre niveau de soins continue de baisser, ce qui devrait entraîner une réduction des temps d'attente aux urgences. Ceci étant dit, il semble aussi y avoir des cas où la réduction des autres niveaux de soins *ne mène pas* à une réduction des temps d'attente dans les urgences.

Il faudra apporter d'autres améliorations aux processus opérationnels pour atteindre l'équilibre idéal d'un patient admis pour un patient mis en congé.

Home First

Le programme *Home First* permet aux personnes âgées fragiles de retourner à la maison après un séjour au service de soins actifs d'un hôpital plutôt que d'être dirigées vers un autre niveau de soins. Il s'agit encore du même changement de paradigme culturel mentionné plus haut, qui permet à de nombreux patients de retourner à la maison après leur hospitalisation, là où auparavant ils auraient dû attendre à l'hôpital qu'un lit se libère dans un foyer de soins de longue durée.

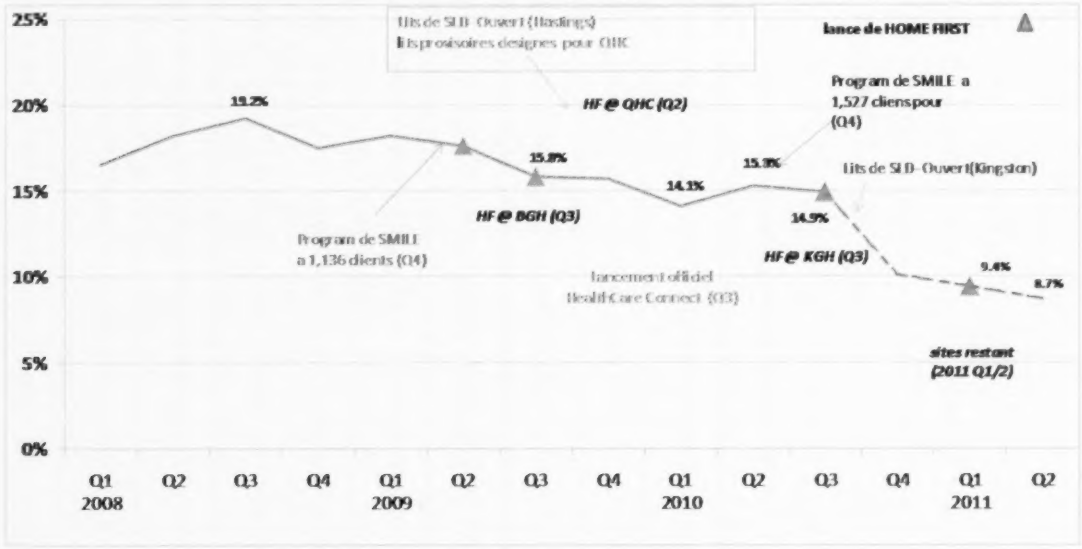
Lancé dans un premier temps à l'Association des soins de santé de Quinte en 2009-2010, le programme *Home First* a depuis été adopté par l'Hôpital général de Brockville et l'Hôpital général de Kingston. Le programme a entraîné au cours de la dernière année une réduction graduelle du nombre de patients désignés comme nécessitant un autre niveau de soins. En améliorant les processus de transfert du milieu hospitalier vers la collectivité et en facilitant l'accès aux services communautaires, cette stratégie a permis de réduire le nombre d'hospitalisations inutiles.

En outre, plus de la moitié des personnes âgées qui sont retournées à la maison grâce au programme *Home First* s'y trouvent toujours. La demande de lits dans les foyers de soins de longue durée s'en trouve réduite, ce qui permettra aux personnes qui *ont* besoin de ce niveau de soins de l'obtenir plus rapidement. Le RLISS du Sud-est prévoit de continuer à déployer cette stratégie en 2011-2012.

Programme Discharge Link

Le programme *Discharge Link* a été lancé en février 2009 en vue de fournir aux survivants d'un accident vasculaire cérébral des services de réadaptation communautaires améliorés à la maison et dans les foyers de soins de longue durée. Les services fournis dans le cadre de ce programme incluent la physiothérapie et l'accès à des spécialistes de la santé au travail et à des travailleurs sociaux. L'évaluation initiale du programme a révélé une réduction de la durée de séjour en hôpital et dans l'ensemble des résultats plus favorables pour les patients.

Le modèle de soins du programme *Discharge Link* a été adopté pour les personnes âgées fragiles à risque qui ont besoin d'une thérapie de réadaptation intense à l'hôpital afin d'éviter le déclin. Il coordonne aussi les services communautaires permettant d'assurer que les patients continuent de gagner des forces et maintiennent leurs capacités physiques et cognitives. Les premières étapes du programme *Enhanced Activation* ont déjà aidé à réduire le besoin d'autres niveaux de soins alors que les patients ou leurs familles constatent qu'ils sont « plus en santé et plus aptes à vivre à la maison ».



Programme Home at Last
Une solution simple pour les patients dont la mise en congé de l'hôpital est retardée en raison de l'absence temporaire d'un milieu de vie approprié auquel ils pourraient retourner, consiste à les transporter à la maison et à les aider à s'établir en leur fournissant différents services comme par exemple le marché, la préparation des repas et les services ménagers offerts sur une base temporaire par des organismes de soutien communautaires.

Il est intéressant de noter que plus de 57 % des clients qui ont reçu les services temporaires *Home at Last* ont continué (et continuent) de payer pour recevoir de l'aide pour leur vie quotidienne à la maison.

Dans l'ensemble, la stratégie intégrée du RLISS du Sud-est en matière d'urgences et d'autres niveaux de soins vise à atteindre et dépasser les cibles provinciales en matière de temps d'attente et d'accès, tout en répondant aux besoins de soins locaux. Nous pouvons déjà voir des résultats très positifs se dessiner quelques mois seulement après le lancement des différents projets et programmes décrits ci-dessus. Nous prévoyons récolter des résultats encore plus impressionnants dans les années à venir.

7 Mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète

Étant donné la forte prévalence et l'impact sévère du diabète dans le Sud-est, notre programme de gestion des maladies chroniques portera dans un premier temps sur cette grave maladie. Nous avons des occasions d'intégrer les soins aux diabétiques et la surveillance des indicateurs de gestion. Les leçons apprises pourront être appliquées aux stratégies de gestion d'autres maladies chroniques.

Activités appuyant cette priorité :

Alignement sur la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète: Le diabète est une maladie chronique grave et très coûteuse pour la personne qui en souffre, pour sa famille et pour toute la société. Les diabétiques sont encouragés à autogérer leur maladie en faisant des choix de vie saine et en prenant les médicaments qui leur sont prescrits.

À cause de la nature complexe de la maladie, sa gestion efficace et l'évitement de ses graves complications nécessitent d'avoir accès à un éventail de services de santé. Le RLISS du Sud-est appuie la position du gouvernement de l'Ontario en mettant au point une stratégie globale de lutte contre le diabète qui aidera à prévenir, à gérer et à traiter la maladie. Les diabétiques qui demeurent dans le RLISS du Sud-est pourront compter sur une amélioration des programmes de promotion de la santé et de prévention, de l'accès aux soins aux diabétiques et de la coordination des services pour les aider à gérer leur maladie.

Centre régional de coordination de la lutte contre le diabète du Sud-est: Ce nouvel organisme lancé dans le Sud-est en 2010 et rattaché au Centre de soins communautaire de Merrickville aidera à coordonner et améliorer les services aux diabétiques. L'un des quatorze centres similaires en Ontario et faisant partie de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète, le Centre de coordination a pour objectif d'aider à mieux organiser et gérer les programmes locaux de lutte contre le diabète et améliorer la santé générale des personnes qui vivent avec la maladie ou qui sont particulièrement à risque de la développer.

Initiative d'autogestion du diabète: Hébergée dans le CSC de Kingston, l'initiative d'autogestion du diabète de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète fournit des mesures de soutien, des outils et une expertise pour promouvoir l'autogestion. Ses moyens d'intervention incluent le renforcement des capacités des fournisseurs de services, des collectivités et des diabétiques par la formation et

l'accompagnement /le mentorat des fournisseurs de services multidisciplinaires en vue d'intégrer les techniques d'autogestion dans leur pratique, ainsi que la formation de pairs leaders et de maîtres-instructeurs pour améliorer l'accès aux groupes de développement des compétences d'autogestion des maladies chroniques à l'intention des diabétiques.

8 Améliorer l'accès grâce à la cybersanté

La cybersanté est un important outil d'intégration du système de santé. En plus de produire des dossiers de santé électroniques, la cybersanté accélérera le transfert des demandes et résultats de diagnostic, normalisera les protocoles d'orientation, simplifiera les communications entre professionnels de la santé et permettra d'accéder rapidement à la recherche la plus récente. Le RLISS du Sud-est fera progresser sa stratégie de cybersanté en coordination avec celle de la province. La cybersanté sera au cœur de notre stratégie de lutte contre le diabète. Elle sera aussi la pierre angulaire de notre initiative d'orientation par le web du programme chirurgical régional. En outre, la cybersanté sera au cœur des initiatives de développement des soins primaires en tant que système de santé régional.

Activités appuyant cette priorité :

Outil d'évaluation commune InterRAI CHA: L'outil InterRAI CHA est maintenant en place. Trente-deux organismes connaissent maintenant cet outil et la totalité des organismes désignés utilisent le logiciel et l'ont intégré à leurs processus opérationnels. Les commentaires fréquemment reçus au sujet de cet outil portent sur sa facilité d'utilisation, son utilité tout aussi bien pour les petits organismes que les plus grands et sa capacité d'identifier et de mettre en évidence les secteurs préoccupants.

Orientation par le web du programme chirurgical régional: Un projet pilote a été mis en place en vue d'améliorer la qualité du processus d'orientation pour la chirurgie orthopédique de la hanche et du genou. Ce projet a permis de construire une structure technologique et de processus cliniques qui pourra servir de structure de base pour étendre les avantages de l'orientation web aux autres spécialistes des soins primaires.

Adoption des solutions de cybersanté par les fournisseurs de services de santé: L'initiative *Mise en œuvre et adoption* du RLISS du Sud-est a permis de développer les capacités dans des secteurs essentiels, notamment le soutien à la gestion de projets, la gestion des services, le gouvernance, le répertoire actif régional, les applications régionales, la planification stratégique régionale et les activités de mobilisation des partenaires dans l'ensemble de la région.

Orientation et jumelage des ressources: Le RLISS du Sud-est participe aux travaux du comité directeur provincial sur l'orientation et le jumelage des ressources dans le but de s'engager plus directement dans ce projet.

9 Développement des services sensibles du point de vue culturel ou linguistique

Le RLISS du Sud-est compte travailler avec les communautés francophones et les fournisseurs qui les desservent afin d'offrir un accès approprié aux soins en français. Par ailleurs, le RLISS du Sud-est travaillera avec les communautés autochtones en vue de leur fournir de l'aide dans leurs efforts pour obtenir un accès approprié au système de santé.

Activités appuyant cette priorité :

Nomination d'une coordinatrice des services en français: Au mois de juin 2010, le RLISS du Sud-est a embauché une coordinatrice des services en français à temps plein en vue de faciliter

l'intégration des services en français dans le système de santé du Sud-est. Ayant pour mandat d'augmenter la disponibilité des services en français, notre nouvelle coordinatrice a élaboré une stratégie régionale visant à améliorer l'accès à ces services en conformité avec la *Loi sur les services en français* (LSF).

Sa nomination a été suivie par la nomination au mois de juillet du *Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario* basé à Ottawa à titre d'entité de planification des services de santé en français pour le RLISS du Sud-est.

Au cours de l'année écoulée, la coordinatrice des services en français a entrepris une série d'activités visant à prendre contact avec les personnes et associations avec lesquelles elle sera appelée à travailler au cours des années qui viennent. Elle a notamment assisté à l'assemblée générale de l'ACFO (*Association canadienne-française de l'Ontario*) à Kingston en juin et à l'assemblée générale du *Réseau* à Ottawa en septembre. Elle a par ailleurs participé au comité consultatif du projet *« Ma santé c'est ma vie »* qui traitait des besoins de santé de la jeunesse francophone.

Au mois de décembre, elle est devenue membre du « comité de désignation » du Réseau et elle participe depuis à des réunions mensuelles de soutien aux organismes de santé désirant améliorer les services qu'ils offrent en français en vue d'obtenir leur désignation en vertu de la *Loi sur les services en français*. Elle anime aussi sur une base régulière des réunions avec les fournisseurs de services de santé désignés de Kingston pour les aider à mettre en œuvre leurs plans de services en français.

Engagement auprès des populations autochtones:
Déterminés à consolider leurs relations de travail avec les populations autochtones, la présidente du conseil, le chef de la direction et le personnel du RLISS du Sud-est ont organisé des réunions trimestrielles avec le chef du Conseil des **Mohawks de la baie de Quinte**. De plus, le RLISS a négocié le financement d'un poste d'infirmière praticienne autochtone pour la communauté Tyendinaga par l'entremise du CSC de Belleville-Quinte Ouest – et leur a accordé son aide pour la mise au point de leur plan stratégique dans les domaines de la santé mentale et du diabète.

En 2010, le RLISS du Sud-est a élaboré en collaboration avec la **Métis Nation of Ontario,** le RLISS Centre-Est et le RLISS du Sud-est une enquête sur la santé de la population destinée à tous les résidents de la région appartenant à la MNO. L'enquête sera réalisée en 2011-2012, mais tout le travail préparatoire a été effectué pendant le dernier exercice.

10 Amélioration du système par la collaboration des conseils

Le rôle de gouvernance des soins de santé est en pleine évolution dans notre région et les conseils d'administration ne sont pas seulement responsables de la supervision de leur propre organisation, mais ils contribuent aussi à la mise en place et au fonctionnement d'un système de santé intégré. Le RLISS du Sud-est continuera de favoriser la création d'un environnement où les conseils d'administration travaillent ensemble pour susciter et appuyer l'intégration et le développement du système.

Activités appuyant cette priorité

Gouvernance en collaboration:

Depuis sa création à la fin de 2005, le RLISS du Sud-est communique avec les présidents et les membres des conseils d'administration de ses FSS. Les rencontres informelles du début ont mené le conseil d'administration du RLISS du Sud-est à créer formellement en 2007 une équipe de développement de la collaboration en matière de gouvernance.

Cette équipe compte des représentants de chaque secteur de services (santé mentale et toxicomanie , centre d'accès aux soins communautaires, centres

de soins communautaires, services de soutien communautaires, hôpitaux, soins de longue durée et santé mentale) ainsi que des membres des secteurs des sciences de la santé, des soins primaires et de la santé publique. L'équipe a pour mandat de conseiller le RLISS sur les façons de développer la collaboration au niveau de la gouvernance et de favoriser la coopération entre conseils d'administration de façon à faciliter l'alignement avec les objectifs du RLISS.

Depuis 2007, sur les conseils de son équipe de développement de la collaboration en matière de gouvernance, notre conseil d'administration organise chaque année une série de séances de travail sur la gouvernance dans différentes localités de la région. Ces séances mettent l'accent sur différentes questions qui, de l'avis de notre équipe de développement, engageront les membres du conseil et contribueront à l'avancement des priorités du RLISS.

Dans le cadre de ces séances, des ateliers ont été offerts aux nouveaux membres des conseils d'administration des fournisseurs de services de santé à Belleville, Perth, Brockville et Kingston.

De plus, la présidente de notre conseil d'administration anime une rencontre mensuelle des présidents des conseils des hôpitaux et du CASC du RLISS. Dans l'ensemble, notre conseil démontre que l'engagement des conseils des FSS est un précieux atout pour l'intégration et l'avancement de nos priorités –l'un des meilleurs exemples en est la participation des présidents des conseils à différentes séances organisées afin de les informer des progrès du projet de la Feuille de route des services cliniques régionaux.

L'équipe de gestion du savoir du RLISS du Sud-est

L'équipe de gestion du savoir est le cerveau, les yeux et les oreilles du RLISS du Sud-est. Elle fournit des analyses fouillées sur les tendances et sur différents indicateurs clés de la santé sur lesquels le RLISS peut fonder ses décisions quant aux programmes qui méritent un soutien additionnel ou aux lacunes qu'il faut combler.

L'équipe de gestion du savoir met sur pied et gère des bases de données sur la santé dans la région et sur d'autres sujets connexes, évalue les indicateurs de rendement clés et fait rapport à ce sujet, présente des analyses sur une variété de projets et collabore avec les FSS et d'autres partenaires du RLISS.

Voici les principales activités de l'équipe au cours de l'exercice 2010-2011 :

Mise sur pied et gestion de bases de données et de systèmes: Dans le cadre du Projet sur la faisabilité d'une base de données sur le système de santé régional, l'équipe a examiné les options possibles pour la création d'une base de données régionale regroupant les données des centres hospitaliers et des systèmes communautaires. Le Service de santé de Hamilton et d'autres modèles locaux ont été examinés et les structures de gouvernance et de support technique ont été discutées. Toute mise en œuvre future devra aussi tenir compte du système provincial *One Source System* qui produit actuellement les rapports de base des services de santé mais qui devrait connaître une importante expansion qui lui permettra d'analyser la presque totalité des données des services hospitaliers de la région.

Des données sur les soins critiques, la sécurité des patients, les toxicomanies et la santé dans les collectivités canadiennes ont été versées dans l'entrepôt de données du RLISS du Sud-est.

Le site intranet du RLISS du Sud-est, *SharePoint*, a été mis au point et structuré en 2010-2011 et lancé au cours du premier trimestre 2011. Le centre de documentation du système a été mis en œuvre et les modalités de conception du site ont été mises au point. Une fois entièrement fonctionnel, *SharePoint* viendront améliorer le mouvement de l'information entre les membres du personnel du RLISS.

Support de projets: L'équipe de gestion du savoir a consacré d'importantes ressources au support de l'initiative de la Feuille de route des services cliniques régionaux. Afin de valider les recommandations préliminaires sur les secteurs de services qui nécessitaient plus de développement, *L'analyse régionale des services hospitaliers du RLISS* du Sud-est a été réalisée. Ce rapport très complet et très détaillé présente le contexte socio-économique et les tendances en matière de maladies chroniques, les modèles d'utilisation des services de santé – y compris les tendances dans les domaines des soins critiques, de la sécurité des patients et des soins palliatifs – et un résumé du point de vue des hôpitaux à l'égard des développements proposés pour le système. La dernière partie du rapport confirme la majorité des secteurs cliniques sélectionnés que doit aborder la Feuille de route et suggère d'autres services qui pourraient être envisagés.

Les autres activités de soutien de projets ont porté sur les centres de soins communautaires. Une étude a été réalisée sur les besoins en soins primaires et sur les services utilisés par les résidents du RLISS du Sud-est. Cette étude aidera à identifier des segments de population précis qui reçoivent peut-être des services de soins primaires inégaux ou inéquitables. L'étude guidera aussi la planification dans ces secteurs de service.

L'équipe de gestion du savoir a aidé la Metis Nation of Ontario à élaborer un sondage qui permettra d'évaluer l'état de santé et les besoins de la population métis de l'est de l'Ontario.

L'équipe a aussi permis la mise en œuvre du système *NesdaTrak* dans les organismes du RLISS du Sud-est qui s'occupent de la maladie d'Alzheimer. Ce système de gestion de la clientèle est utilisé par la majorité des organismes de soutien communautaires de la région pour saisir des données d'utilisation fiables et constantes qui peuvent servir pour les opérations, la planification et les activités de recherche.

Rapport sur les indicateurs de rendement

Entente de responsabilisation entre le Ministère et le RLISS

PI #	Indicateur de rendement	Type Indicator	cible provinciale	RLISS commence Point or Baseline	Q1 2010/11	Q2 2010/11	Q3 2010/11	Q4 2010/11	Target de RLISS AF2010/11	Pour cent de la cible pour le quartier le plus récent *	AF 2010/11 Résultat annuel du RLISS
1	90e temps d'attente pour la chirurgie du cancer	l'accès	84 jours	51	45	54	48	56	51	13.7%	51
2	90e temps d'attente pour les pontages cardiaques	l'accès	182 jours	64	29	56	85	35	64	-45.3%	51
3	90e temps d'attente pour la cataracte	l'accès	182 jours	97	96	125	109	118	97	21.6%	112
4	90e temps d'attente pour arthroplastie de la hanche	l'accès	182 jours	146	128	160	151	124	146	-15.1%	141
5	90e temps d'attente pour une arthroplastie du genou	l'accès	182 jours	148	145	157	153	131	148	11.5%	145
6	90e temps d'attente pour une IRM de diagnostic	l'accès	28 jours	95	56	85	103	96	72	36.1%	94
7	90e temps d'attente pour diagnostic CT Scan	l'accès	28 jours	27	28	21	17	20	27	-25.9%	22
8	Pourcentage des autres niveaux de soins (ANS) - En RLISS du Institution***	l'intégration	9.5%	16.8%	14.5%	15.3%	15.0%	N/A	10.1%	48.4%	14.8%
9	90e percentile Longueur ER du séjour des patients admis	l'accès	8 heures	26.7	28.0	25.8	27.1	27.0	25.0	7.9%	26.8
10	90e percentile Longueur ER du séjour pour les non-admis complexes (ÉTG IV-V)	l'accès	8 heures	7.0	7.1	6.8	6.8	6.8	6.8	0.2%	6.9
11	90e percentile Longueur ER du séjour pour les non-admis sans complication mineure (ÉTG IV-V) patients	l'accès	4 heures	4.2	3.9	4.1	4.1	4.0	4.0	0.8%	4.0
12	Répétez visites à l'urgence non planifiés dans les 30 Jours pour problèmes de santé mentale **	l'accès	AD	15.4%	14.2%	15.5%	N/A	N/A	13.1%	18.5%	14.9%
13	Répétez visites à l'urgence non planifiés dans les 30 Jours pour conditions d'abus de substances**	l'accès	AD	14.3%	25.1%	20.7%	N/A	N/A	14.3%	44.7%	22.7%
14	Réadmission dans les 30 Jours pour GMA sélectionnés **	l'efficacité	AD	15.2%	15.0%	15.6%	N/A	N/A	14.3%	8.8%	15.6%

Le tableau ci-dessus donne les résultats disponibles concernant les indicateurs de rendement clés inclus dans l'Entente de Responsabilisation entre le Ministère et les RLISS (ERMR), pour la période fiscale 2010/11. Pour la majorité des procédures prioritaires de chirurgie et d'imagerie médicale (y compris les cancers, les pontages cardiaques, les chirurgies de la hanche et du genou et les tomodensitogrammes) le RLISS du Sud-est a atteint les objectifs de temps d'attente fixés, non seulement au niveau provincial mais aussi au niveau régional. Le suivi et le maintien des ces niveaux restera une priorité importante pour la période 2011/12.

D'autres indicateurs de rendement clés de l'entente entre le ministère et le RLISS ont eu tendance à fluctuer autour des objectifs souhaités. Chacun de ces indicateurs est présenté et examiné ci-dessous, ainsi que les mesures à prendre qui permettront de combler les lacunes.

Délai d'attente pour la chirurgie de la cataracte	Objectif cible		RLISS au départ	Rendement Trimestrielle				Résultat
	Province	RLISS	97	T1	T2	T3	T4	112
Attente 90e percentile (jours)	182	97		96	125	109	118	

Temps d'attente pour la cataracte – Au départ le RLISS présentait une base de 97 jours, le temps d'attente au 90e percentile pour la chirurgie de la cataracte culminait durant la saison estivale avant d'atteindre environ 118 jours à la fin de l'année. Le RLISS a tenu des réunions trimestrielles avec les hôpitaux afin de discuter de ces résultats et d'identifier les solutions possibles, y compris la réaffectation des volumes entre les institutions. L'examen du Programme Régional de Chirurgie dans le cadre du projet de la Feuille de Route des Services Cliniques est un autre mécanisme qui sera utilisé pour réduire les temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte aux niveaux attendus.

Délai d'attente pour un diagnostic/ examen par IRM	Objectif cible		RLISS au départ	Rendement Trimestrielle				Résultat
	Province	RLISS	95	T1	T2	T3	T4	94
Attente 90e percentile (jours)	28	72		56	85	103	98	

Temps d'attente IRM – Le temps d'attente au 90e percentile pour compléter un examen par IRM a été fixé à 72 jours au départ de l'exercice fiscal. Bien que le RLISS se soit efforcé de maintenir les temps d'attente du premier trimestre de 56 jours, les deux hôpitaux offrant ce service ont connu un certain nombre de défis dont l'indisponibilité de techniciens pour répondre à une demande croissante et une augmentation de personnes qui ne se présentent pas aux rendez-vous, ce qui a abouti à une perte de capacité pour le système. Les deux hôpitaux offrant ce service ont signé le projet d'amélioration de rendement conduit par le ministère et ont commencé à identifier des mécanismes visant à réduire les temps d'attente pour ces examens.

Santé Mentale Visites répétées aux urgences Retour dans les 30 jours	Objectif cible		RLISS au départ	Rendement Trimestrielle				Résultat
	Province	RLISS	15.4%	T1	T2	T3	T4	14.9%
	À déterminer	13.1%		14.2	15.5	NA	NA	

Toxicomanie Visites répétées aux urgences Retour dans les 30 jours	Objectif cible		RLISS au départ	Rendement Trimestrielle				Résultat
	Province	RLISS	14.3%	T1	T2	T3	T4	22.7%
	À déterminer	14.3%		25.1	20.7	NA	NA	

Visites répétées aux urgences pour des problèmes de santé mentale – Les visites répétées pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanie ont été incluses dans l'ERMR pour la période fiscale 2010/11. Un examen plus attentif de l'indicateur a mis en évidence un petit groupe de clients dont le taux de visites répétées aux urgences est élevé. Grâce au projet de la feuille de route des services cliniques des fournisseurs de services communautaires travailleront ensembles afin d'offrir à ces personnes un service adéquat.

Réadmission de groupes sélectionnés Retour dans les 30 jours	Objectif cible		RLISS au départ	Rendement Trimestrielle				Résultat
	Province	RLISS	15.2%	T1	T2	T3	T4	15.6%
	À déterminer	14.3%		15.0	15.6	NA	NA	

Réadmission de groupes sélectionnés (diagnostics et cas cliniques variés) – cet indicateur a été inclus pour la période fiscale 2010/11. L'objectif du RLISS est de 14,3%. Bien que les données de deux trimestres montrent une relative stabilité de ces réadmissions, le RLISS a déterminé que les cas d'insuffisance cardiaque congestive, de maladies gastro-intestinales et de BPCO ont le plus de réadmissions. L'accent sera mis sur ce sujet au niveau du projet de la feuille de route des services cliniques.

Allocation de fonds
totale : 6 482 270 $
de base : 4 782 270 $
projets : 1 700 000 $

La direction du RLISS du Sud-est a administré une allocation de 6 482 270 $ pendant l'exercice 2010-2011. Cette allocation se composait du budget opérationnel total du RLISS (4 782 270 $) et d'un financement auxiliaire basé sur les projets (1 700 000 $).

Financement auxiliaire basé sur les projets

Le RLISS a reçu un financement spécial pour les projets qui appuient les priorités du système de santé fixées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ainsi que les priorités de changement du plan d'intégration des services de santé du RLISS. Ce sont les projets suivants :

- Bureau de gestion des projets de cybersanté †
- Coordination provinciale de la cybersanté
- Mise en œuvre et adoption de la cybersanté
- Stratégie sur les services des urgences et les autres niveaux de soins†
- Initiative sur les services des urgences
- Initiative de mobilisation des communautés autochtones
- Initiative sur les services en français†
- Initiative sur les soins critiques

† Une condition de financement fixée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est le choix d'une personne pour diriger ce projet.
Les chefs de projet reçoivent un espace de travail dans les bureaux du RLISS.

Déménagement du bureau du RLISS du Sud-est

La firme Deloitte & Touche LLP a vérifié les états financiers du RLISS en avril 2011. Le rapport du vérificateur est présenté dans la section suivante de ce document. Les résultats de la vérification de l'exercice 2010-2011 sont très positifs. Le RLISS du Sud-est a terminé l'exercice avec une situation financière équilibrée.

États financiers 2010-2011 vérifiés

An external audit was conducted by Deloitte & Touche LLP in April 2011. A copy of the auditor's report is provided in the following section of this document. The results of the audit for the 2010/2011 fiscal year were very positive. The South East LHIN ended the fiscal year in a balanced financial position.

Conformité à la Loi de 2001 sur les personnes handicapées de l'Ontario

Conformément aux directives de la Direction générale de l'accessibilité pour l'Ontario, le RLISS du Sud-est s'est acquitté de ses obligations en vertu de la *Loi* et s'est assuré que les personnes handicapées de l'Ontario puissent accéder à nos établissements, à nos services et à l'information mise à la disposition du public.

États financiers du

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

31 mars 2011

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

31 mars 2011

Table des matières

Rapport de l'auditeur indépendant 1-2

État de la situation financière 3

État des activités financières 4

État de la variation de la dette nette 5

État des flux de trésorerie 6

Notes complémentaires 7-19

Deloitte

Deloitte & Touche s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant

À l'intention des membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est (le « RLISS »), qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2011 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du RLISS au 31 mars 2011, ainsi que des résultats de ses activités financières, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte & Touche s.r.l

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 30 mai 2011

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

État de la situation financière
au 31 mars 2011

	2011	2010
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	**1 373 084**	975 076
Débiteurs	**65 589**	-
Montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS (note 5)	**-**	1 895
	1 438 673	976 971
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	**815 436**	854 148
Montant à verser au Ministère (note 3)	**302 497**	128 747
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 5)	**19 552**	-
Apports de capital reportés (note 6)	**621 198**	289 421
Obligations aux termes de contrats de location-acquisition (note 14)	**315 807**	-
	2 074 490	1 272 316
Dette nette	**(635 817)**	(295 345)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	**14 619**	5 924
Immobilisations (note 7)	**621 198**	289 421
	635 817	295 345
Surplus accumulé	**-**	-

Approuvé par le Conseil

Georgina Thompson, présidente du conseil d'administration

Ian Fraser, président du comité de vérification

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

État des activités financières
pour l'exercice clos le 31 mars 2011

	Budget (non audité) (note 8)	2011 Montant réel	2010 Montant réel
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**942 397 736**	**1 017 913 350**	960 628 457
Activités du RLISS (notes 3, 8 et 10)	**4 711 570**	**4 302 588**	4 667 028
Services de cybersanté (note 4a)	**1 325 000**	**1 325 000**	600 000
Service des urgences (note 4b)	**75 000**	**75 000**	75 000
Initiative autochtone (note 4c)	**15 000**	**15 000**	15 000
Projet Urgences – ANS (note 4d)	**100 000**	**100 000**	100 000
Services de santé en français (note 4e)	**110 000**	**110 000**	-
Soins aux malades en phase critique (note 4f)	**75 000**	**75 000**	-
Fonds de transition pour la santé des Autochtones	-	-	20 000
Stratégie sur le diabète de la province d'Ontario	-	-	25 000
Amortissement des apports de capital reportés (note 6)	-	**147 905**	47 665
	948 809 306	**1 024 063 843**	966 178 150
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**942 397 736**	**1 017 913 350**	960 628 457
Frais généraux et administratifs (note 10)	**4 711 570**	**4 447 604**	4 657 862
Services de cybersanté (note 4a)	**1 325 000**	**1 039 120**	567 499
Service des urgences (note 4b)	**75 000**	**73 937**	57 227
Initiative autochtone (note 4c)	**15 000**	**15 000**	15 000
Projet Urgences – ANS (note 4d)	**100 000**	**100 000**	100 000
Services de santé en français (note 4e)	**110 000**	**99 310**	-
Soins aux malades en phase critique (note 4f)	**75 000**	**73 025**	-
Fonds de transition pour la santé des Autochtones	-	-	20 000
Stratégie sur le diabète de la province d'Ontario	-	-	9 253
	948 809 306	**1 023 761 346**	966 055 298
Surplus de l'exercice avant le financement remboursable au Ministère	-	**302 497**	122 852
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	**(302 497)**	(122 852)
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice clos le 31 mars 2011

	2011	2010
	$	$
Surplus de l'exercice	-	-
Acquisition d'immobilisations	**(479 682)**	(44 541)
Amortissement des immobilisations	**147 905**	47 665
(Augmentation) diminution des charges payées d'avance	**(8 695)**	20 244
(Augmentation) diminution de la dette nette	**(340 472)**	23 368
Dette nette au début	**(295 345)**	(318 713)
Dette nette à la fin	**(635 817)**	(295 345)

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

État des flux de trésorerie pour l'exercice clos le 31 mars 2011

	2011	2010
	$	$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	**147 905**	47 665
Amortissement des apports de capital reportés (note 6)	**(147 905)**	(47 665)
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
(Augmentation) diminution des débiteurs	**(65 589)**	1 788
Diminution du montant à recevoir du Bureau des services partagés des RLISS	**1 895**	-
(Augmentation) diminution des charges payées d'avance	**(8 695)**	20 244
Diminution des créditeurs et charges à payer	**(38 712)**	(162 834)
Augmentation du montant à verser au Ministère	**173 750**	122 852
Augmentation (diminution) du montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS	**19 552**	(18 592)
	82 201	(36 542)
Investissement		
Acquisition d'immobilisations	**(479 682)**	(44 541)
Financement		
Augmentation des apports de capital reportés (note 6)	**479 682**	44 541
Augmentation des obligations aux termes de contrats de location-acquisition	**319 178**	-
Remboursement d'obligations aux termes de contrats de location-acquisition	**(3 371)**	-
	795 489	44 541
Augmentation (diminution) nette de la trésorerie	**398 008**	(36 542)
Trésorerie au début	**975 076**	1 011 618
Trésorerie à la fin	**1 373 084**	975 076

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est

Notes complémentaires
31 mars 2011

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est a été constitué par lettres patentes le 9 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2011.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS dessert plus de 489 600 personnes et couvre les régions de Hastings, de Prince Edward, de Lennox et de Addington, les comtés de Frontenac, de Leeds et de Grenville, les villes de Kingston, de Belleville et de Brockville, les municipalités de Smith Falls et de Prescott et une partie des comtés de Lanark et de Northumberland. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, tels qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations et les pertes de valeur comptable d'actifs.

2. Principales conventions comptables (suite)

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le RLISS est financé uniquement par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de responsabilité des RLISS (l'« entente de responsabilité ») conclue avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert au Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimative en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimative selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées, tandis que les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

2. Principales conventions comptables (suite)

Immobilisations (suite)

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties selon la méthode linéaire sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel de bureau	5 ans
Matériel informatique	3 ans
Infrastructure/développement Web	3 ans
Améliorations locatives	Durée du bail

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises et qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Informations sectorielles

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles », pour son exercice ouvert à compter du 1er avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de responsabilité conclue avec le Ministère, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

Conformément à la convention comptable visant les apports de capital reportés (note 2), le RLISS a comptabilisé à titre de produits l'amortissement des apports de capital reportés de 147 905 $ (47 665 $ en 2010). Le financement de base des activités du RLISS pour 2011, après ajustements, s'est établi à 4 782 270 $, comme l'explique la note 8.

3. Financement remboursable au Ministère (suite)

A. Le montant remboursable au Ministère se compose des éléments suivants :

	Produits	Charges	2011 Surplus
	$	$	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	**1 017 913 350**	**1 017 913 350**	-
Activités du RLISS	**4 450 493**	**4 447 604**	**2 889**
Services de cybersanté	**1 325 000**	**1 039 120**	**285 880**
Projet de service des urgences	**75 000**	**73 937**	**1 063**
Initiative autochtone	**15 000**	**15 000**	-
Projet Urgences – ANS	**100 000**	**100 000**	-
Services de santé en français	**110 000**	**99 310**	**10 690**
Soins aux malades en phase critique	**75 000**	**73 025**	**1 975**
	1 024 063 843	**1 023 761 346**	**302 497**

B. Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2011	2010
	$	$
Montant à verser au Ministère au début	**128 747**	5 895
Montant du financement remboursé au cours de l'exercice visé	**(128 747)**	-
Montant du financement non récurrent à rembourser au Ministère	**299 608**	66 021
Montant du financement des activités du RLISS à rembourser au Ministère	**2 889**	56 831
Montant à verser au Ministère à la fin	**302 497**	128 747

4. a) Services de cybersanté

i) Bureau de gestion des projets

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 600 000 $. Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir son plan stratégique de services de cybersanté, lequel est défini dans son plan de services de santé intégrés. Les fonds inutilisés, lesquels totalisaient 10 072 $ à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

	$
Charges	
Salaires et charges sociales	412 759
Services-conseils	77 863
Frais de déplacement	18 426
Frais liés aux réunions	5 468
Aménagements	17 077
Services partagés	31 956
Autres	26 379
	589 928

ii) Implantation et adoption

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 450 000 $. Ces fonds ont servi à financer l'initiative de préparation à l'implantation et à l'adoption conformément au plan stratégique provincial de services de cybersanté. Les fonds inutilisés, lesquels totalisaient 133 252 $ à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

	$
Charges	
Services-conseils	310 446
Frais de déplacement	3 585
Frais liés aux réunions	2 717
	316 748

iii) Coordonnateur provincial

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 275 000 $. Ces fonds ont servi à financer le rôle du coordonnateur provincial et les activités de cybersanté connexes au nom de la totalité des 14 RLISS conformément au plan stratégique provincial de services de cybersanté. Les fonds inutilisés, lesquels totalisaient 142 556 $ à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

	$
Charges	
Salaires et charges sociales	75 563
Frais de déplacement	656
Frais liés aux réunions	3 121
Autres	53 104
	132 444

4. (suite)

b) Projet de service des urgences

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 75 000 $. Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir le projet lié au service des urgences en vertu du volet « priorités en matière de changement » du plan d'intégration des services de santé relativement à l'accès aux services médicaux spécialisés. Les fonds inutilisés, lesquels totalisaient 1 063 $ à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

	$
Charges	
Salaires et charges sociales	67 500
Frais de déplacement	2 155
Autres	4 282
	73 937

c) Initiative autochtone

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 15 000 $. Ces fonds ont servi à financer la planification et la mobilisation auprès de la communauté autochtone en vertu du volet « priorités en matière de changement » du plan d'intégration des services de santé.

	$
Charges	
Autres	15 000
	15 000

d) Projet Urgences – ANS

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 100 000 $. Ces fonds ont servi à financer le projet Urgences – ANS.

	$
Charges	
Salaires et charges sociales	100 000
	100 000

4. (suite)

d) Projet Urgences – ANS (suite)

Les charges réelles engagées relativement aux activités liées au projet Urgences – ANS ont dépassé le financement de 100 000 $ reçu du Ministère, leur total s'élevant à 136 754 $. L'excédent a été couvert au moyen du budget de base des activités du RLISS.

	$
Charges	
Salaires et charges sociales	126 593
Frais de déplacement	7 068
Frais liés aux réunions	433
Autres	2 660
	136 754

e) Services de santé en français

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 110 000 $. Ces fonds ont servi à financer la stratégie de services de santé en français. Les fonds inutilisés, lesquels totalisaient 10 690 $ à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

	$
Charges	
Salaires et charges sociales	62 345
Services-conseils	11 535
Frais de déplacement	4 377
Frais liés aux réunions	4 269
Services partagés	7 989
Autres	8 795
	99 310

f) Soins aux malades en phase critique

Au cours de l'exercice 2011, le RLISS du Sud-Est a reçu du Ministère un financement totalisant 75 000 $. Ces fonds ont servi à financer le projet Urgences – ANS. Les fonds inutilisés, lesquels totalisaient 1 975 $ à la clôture de l'exercice, sont remboursables au Ministère.

	$
Charges	
Salaires et charges sociales	72 000
Frais de déplacement	1 025
	73 025

5. Opérations entre apparentés

Bureau des services partagés des RLISS (« BSPR »)

Le BSPR est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujetti à ce titre aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR est responsable de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

Structure de collaboration entre les RLISS (« CRLISS »)

La CRLISS a été créée au cours de l'exercice 2010 afin de renforcer les liens entre les fournisseurs de services de santé, les associations et les RLISS et de favoriser un alignement entre les différents systèmes. La CRLISS a pour objectif de soutenir les RLISS :

- dans leur démarche visant à obtenir la participation de la communauté des fournisseurs de services de santé afin que ceux-ci soutiennent une intégration efficace et réalisée en collaboration avec les systèmes de soin de santé.
- dans leur rôle de gestionnaire de système.
- quand il y a lieu, dans l'implantation harmonieuse des stratégies et initiatives provinciales.
- dans la détermination et la communication des pratiques exemplaires.
- La CRLISS est un organisme dirigé par les RLISS et est responsable devant ces derniers. Le financement de la CRLISS est assuré par les RLISS, avec une participation du Ministère.

La CRLISS est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujettie à ce titre aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre.

6. Apports de capital reportés

	2011	2010
	$	$
Solde au début	**289 421**	292 545
Apports de capital au cours de l'exercice	**479 682**	44 541
Amortissement pour l'exercice	**(147 905)**	(47 665)
Solde à la fin	**621 198**	289 421

7. Immobilisations

	Coût	Amortissement cumulé	2011 Valeur comptable nette	2010 Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Matériel de bureau	**408 007**	**128 943**	**279 064**	259 670
Matériel informatique	**97 027**	**77 271**	**19 756**	6 380
Améliorations locatives	**475 051**	**152 673**	**322 378**	23 371
Infrastructure/développement Web	**21 500**	**21 500**	**-**	-
	1 001 585	**380 387**	**621 198**	289 421

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1er avril 2010. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement approuve des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement total des fournisseurs de services de santé de 1 017 913 350 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget de financement initial des fournisseurs de services de santé	**942 397 736**
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	**75 515 614**
Budget de financement total des fournisseurs de services de santé	**1 017 913 350**

Le budget d'exploitation total de 4 782 270 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial	**4 711 570**
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	**70 700**
Budget total	**4 782 270**

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement total de 1 017 913 350 $ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit :

	2011	2010
	$	$
Gestion d'hôpitaux	**676 287 800**	640 350 426
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	**190 725**	190 725
Centres de soins de longue durée	**157 270 059**	148 948 420
Centres d'accès aux soins communautaires	**96 933 755**	92 924 681
Services de soutien communautaires	**27 468 705**	23 443 792
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	**2 003 991**	1 988 446
Centres de soins de santé communautaires	**18 371 448**	14 921 422
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	**39 386 867**	37 860 545
	1 017 913 350	960 628 457

10. Frais généraux et administratifs

A. Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente les frais généraux et administratifs par objet :

	2011	2010
	$	$
Éléments liés aux programmes		
Salaires et charges sociales	**3 220 198**	3 214 628
Consultation et projets relatifs au RLISS	**66 270**	94 381
	3 286 468	3 309 009
Services partagés	**317 153**	362 714
Structure de collaboration	**50 000**	12 286
Autres (détails ci-dessous)	**198 604**	343 509
Charges locatives	**118 505**	152 006
Matériel et fournitures de bureau	**106 674**	143 261
Indemnités quotidiennes des membres du Conseil	**132 270**	165 752
Relations publiques	**40 756**	69 180
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	**49 269**	52 480
	4 299 699	4 610 197
Amortissement	**147 905**	47 665
	4 447 604	4 657 862

10. Frais généraux et administratifs (suite)

B. Les autres frais généraux et administratifs inclus au poste « Autres » dans le tableau précédent se composent des éléments suivants :

	2011	2010
	$	$
Formation et développement	**45 876**	94 498
Frais de déplacement	**124 462**	159 673
Recrutement	**2 089**	16 662
Assurances	**17 640**	16 319
Autres frais divers	**8 537**	56 357
	198 604	343 509

C. Les charges totales liées à la gouvernance s'établissent comme suit et sont incluses aux charges présentées au tableau de la note 10A ci-dessus :

	2011	2010
	$	$
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	**86 025**	89 250
Indemnités quotidiennes de tous les autres membres du Conseil	**46 245**	76 502
Total des indemnités quotidiennes	**132 270**	165 752
Autres frais administratifs	**98 885**	115 464
Total des coûts liés à la gouvernance	**231 155**	281 216
Coûts indirects – salaires, charges sociales, aménagements et services partagés	**151 253**	75 690
Charges totales liées à la gouvernance	**382 408**	356 906

D. Les coûts totaux liés aux charges locatives et aux services partagés présentés à la note 10A ont été réduits en raison du partage partiel des coûts liés à des projets auxiliaires financés relativement au personnel de ces projets utilisant des locaux à bureaux ou ayant recours à des services partagés au cours de l'exercice. Se reporter à la note 4 traitant de la répartition des coûts liés aux aménagements additionnels et aux services partagés.

11. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 22 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 261 295 $ pour l'exercice 2011 (250 426 $ en 2010) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières. La dernière évaluation actuarielle du régime de retraite a été achevée le 31 décembre 2010, date à laquelle le régime était entièrement capitalisé.

12. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

13. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location de locaux pour les prochains exercices s'établissent comme suit :

	$
2012	**224 064**
2013	**224 064**
2014	**224 064**
2015	**224 064**
2016	**224 064**
Par la suite	**1 101 648**
	2 221 968

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Au 31 mars 2011, le RLISS avait conclu des ententes de responsabilité avec tous les hôpitaux pour le prochain exercice, avec les organismes communautaires pour les trois prochains exercices et avec les centres de soins de longue durée pour les deux prochains exercices. Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement réel du RLISS par le Ministère.

14. Obligations aux termes de contrats de location-acquisition

Le RLISS a conclu une convention locative avec le propriétaire des locaux en vertu duquel le RLISS rembourse au propriétaire les coûts de construction liés à la rénovation en excédent des loyers réguliers payés sur la durée du contrat de location. Les paiements minimaux futurs au titre des contrats de location s'établissent comme suit :

	$
2012	40 456
2013	40 456
2014	40 456
2015	40 456
2016	40 456
Par la suite	198 909
Paiements minimaux futurs au titre des contrats de location	401 189
À déduire : montant représentant les intérêts	(85 382)
Valeur actuelle des paiements minimaux futurs au titre des contrats de location	315 807

Ontario
Local Health Integration
Network